

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M22- N° 002148

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6369 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : FIL AHI Abdellah

Date de naissance : 18-03-1962

Adresse : BLOC 50 N° 85 Hôpital Othmane Cissé

Tél. : 06 16 966 474 Total des frais engagés : 335,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. AKKAD Mhamed**  
Médecine Générale  
N°61, Bd 10Mars Mabrouka  
Casa, Tel/Fax. 0522 38 62 27

Date de consultation : 12/01/2023

Nom et prénom du malade : FIL AHI Abdellah Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : S. M. A. S. A.

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 23/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : W.H.

Autorisation CNDP N° : AA-215 /2019

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
12/01/2023	Constitutif		
13/01/2023	Constitutif		
14/01/2023	Constitutif		

ch et signature du Médecin  
estant le Paiement des Actes

**Dr. AKRAD Mohamed**  
Medecine Générale  
N°61, Bd 10Mars Mabrouka  
Casa Tel/Fax: 0522.38.62.27

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie CHTAÏBA Dr. Imane BABBOU Mly Arbi Alaoui 50 labrouka Sidi Othman Tel : 05 22 56 32 37	12/11/23	185,20

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

**Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.**

## Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

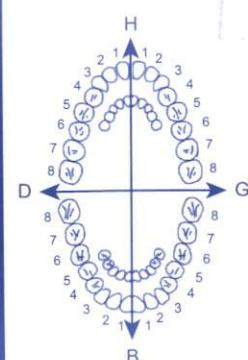
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

U.S. MAIL		H
25533412	21433552	
00000000	00000000	
<input checked="" type="checkbox"/>		
00000000	00000000	
35533411	11433553	

#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p>	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <p><i>ESUS HAL 5</i></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<p><b>Coefficient des travaux</b></p> <p><b>MONTANTS DES SOINS</b></p> <p><b>DATE DU DEVIS</b></p> <p><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p>
H	G											
25533412 00000000	21433552 00000000											
D	G											
00000000 35533411	00000000 11433553											
B												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. AKKAD M'hamed**  
**Médecine Générale**

Bd 10 Mars 1982, N° 61, 1 er Etage, à coté du  
Café Al Haouzia Mabrouka - Casablanca  
Visite Enfant - Femme - Homme  
Visite à domicile  
Email: docakkamhamed@gmail.com



## ORDONNANCE

Date : 12/11/23

Mr = Fillette  
Dr. AKKAD M'hamed  
Médecine Générale  
N°61, Bd 10 Mars Maroc  
Casa, Tel/Fax: 3522 38 62 27



SV

mg x 3

200 mg ↑  
↓ 3 )

Dr. AKKAD M'hamed  
Médecine Générale  
N°61, Bd 10 Mars Maroc  
Casa, Tel/Fax: 3522 38 62 27

81 ht  
mg x 3

SV

Pharmacie CHTAIBA  
Dr. Imane BABBOUIN  
Hay Mly Arbi Alaoui 50 N° 38  
Mabrouka Sidi Othman Casa  
Tel : 05 22 58 32 37

185,20

Dr. AKKAD M'hamed  
Médecine Générale  
N°61, Bd 10 Mars Maroc  
Casa, Tel/Fax: 3522 38 62 27